

7.0
7.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dna. Sigia

14/12 - 9 horas.

ANÁLISE DE 503 CASOS DE PACIENTES DO SEXO FEMININO COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 À AGOSTO DE 1983.

ROBERTO HUMERES FLORES

WALDEMAR JOAQUIM DA SILVA NETO

11^a FASE INTERNATO HOSPITALAR

FLORIANÓPOLIS - 1983

Aos nossos pais.

AGRADECIMENTOS

Para que pudéssemos realizar este trabalho, contamos com a colaboração direta ou indireta das seguintes pessoas:

Dra. Sandra Mara Renaldi

Dr. João Nilson Zunino

Dr. Jorge de Souza.

R E S U M O

Foram analisados os parâmetros para diagnóstico, tratamento e cura de 503 pacientes do sexo feminino com diagnóstico de sífilis, no Ambulatório de Doenças Sexualmente transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis. O método diagnóstico principal foi o Exame V.D.R.L. que serviu para apreciar a resposta sorológica ao tratamento.

Os autores consideraram como sendo sífilis somente 50,89% do total de pacientes analisadas. A incidência de abandono do tratamento foi de 56,54% e apenas 14,50% foram consideradas curadas.

ABSTRACTS

In this work were analyzed the parameters for the diagnosis, treatment and cure of 503 female patients with syphilis diagnosis of the bureau for the Sexually Transmitted Diseases of Sanitary Unit of Florianopolis. The main diagnosis method was the V.D.R.L. test, which was used to measure the serological response to treatment.

The authors consider that only 50.89% of the patients studied had syphilis. The giving up rate of treatment was 56.54%, and only 14.50% were considered cured.

SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO	1
- MATERIAIS E MÉTODOS	6
- RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
- CONCLUSÕES	30
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

I N T R O D U Ç Ã O

Tendo em vista que as doenças sexualmente transmissíveis estão aumentando de forma alarmante em todo mundo, decidimos fazer um levantamento das fichas clínicas de pacientes do sexo feminino, do Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis, para estudar em particular a sífilis pelas suas repercussões locais, sistêmicas e congênitas.

A palavra sífilis, deriva do nome de um pastor : Syphilus o qual foi protagonista de um famoso poema chamado "Syphilus sive Morbus Gallicus", escrito pelo médico Girolamo Fracastoro de Verona, em 1525 dedicado ao seu patrão, o Cardeal Pietro Bembo. A importância deste poema foi enorme, não só por ter dado à doença um nome, mas também porque foi traduzida na maioria das línguas européias.²⁶

Existem duas teorias para explicar a origem da sífilis na Europa. Uma considera que a doença foi introduzida pelos marinheiros de Colombo na volta da descoberta das Américas e a outra relata que a doença é originária da África, sendo que ela já existia na Europa antes da volta de Colombo, de maneira endêmica e esporádica.

O agente etiológico foi descoberto em 1905 por Schaudin e Hoffmann. Outras descobertas importantes sucederam a esta, com a introdução das reações sorológicas de fixação de complemento realizadas por Wassermann, Neisser e Brueck em 1906: a primeira medicação no tratamento da sífilis com derivado arsenical orgânico em 1909 por Ehrlich e Hata; a primeira sulfonamida por Donagk e Prontosil em 1932 e finalmente, a mais importante, que foi a utilização de penicilina em 1943 por Mahoney, Arnold e Harris que permitiram reduzir a incidência da sífilis e a frequência de formas graves.²

A sífilis é considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (D.S.T.), infecto-contagiosa, pandêmica, que frequentemente se inicia por cancro de inoculação, evoluindo de forma crônica, tendo períodos de silêncio clínico e podendo atingir todo o organismo. Ela é causada pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta de forma espiralada de cerca de $0,2\mu$ de largura com 5 a 20μ de comprimento apresentando 4 a 14 espiras o que lhe permite boa mobilidade.^{4,18.}

O *Treponema pallidum* é um microorganismo muito frágil, com deficiências para sobreviver em ambientes secos, sendo afetado pela maioria dos antissépticos e permanece infeccioso apenas por 26 horas em materiais de necrópsia. Ele tem no homem um hospedeiro obrigatório e único. A infecção sífilítica pode ser, por meios artificiais transmitida a alguns animais de laboratório, contudo se finda espontaneamente, não contaminando outros animais da espécie.

A sinonímia de sífilis é: Lues; cancro duro; cancro sífilítico; "mal francês ou gálico"; mal italiano; Sífilide (italiano); Syphilis (francês); "pox" e "bad disorder" (inglês);

lustenche; Kraukheit der Franzosers (alemão); e protosifiloma.⁵

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde pela portaria nº 22 de 18 de julho de 1978, classifica a sífilis em:

a) Recente, incluindo-se cancro duro, secundarismo e sífilis latente com menos de 1 ano de duração.

b) Tardia, aquela com mais de 1 ano de duração, incluindo os casos assintomáticos com sorologia positiva e as manifestações cutâneas nervosas, cardiovasculares e outras.

c) Congênita, aqueles casos de sífilis com ou sem manifestações clínicas, com sorologia positiva em menores de 10 anos de idade.²²

A incidência de sífilis e das demais doenças de transmissão sexual - em países com sistemas confiáveis de registro de enfermidades, tem aumentado nos últimos anos. No Brasil, evolução idêntica tem sido notada: rápido declínio no período após a II^a Guerra Mundial e ressurgimento nos anos 60 e 70 como problema de Saúde Pública.¹⁹

O aumento das D.S.T. está diretamente relacionado ao conjunto de transformações sociais econômicas e tecnológicas que ocorreram durante e após a Segunda Guerra Mundial. Antes daquele período, havia um certo estado de frenagem diante das oportunidades para a expressão de sexualidade, devido à gravidade de suas manifestações clínicas pela ausência de medicações específicas eficazes. Posteriormente com a descoberta da penicilina houve um certo grau de afrouxamento nas medidas profiláticas devido ao avanço da terapêutica, facilitando o diagnóstico produzindo um menor temor do público às doenças, levando

do a uma sensação de invulnerabilidade tanto nos médicos como nos pacientes.²³

Também contribuíram para este aumento:

a) a iniciação sexual mais cedo pois segundo Belda,³ em uma população em crescimento explosivo, o casamento , quando não evitado, torna-se cada vez mais tardio. Aumentam o número e o percentual de indivíduos do grupo 14-19 anos e adultos jovens de ambos os sexos que não só iniciam vida sexual mais cedo como variam frequentemente de parceiros.

b) o uso e abuso de pílulas anticoncepcionais e outros métodos anticonceptivos, que favoreceram a promiscuidade sexual.

c) o mal uso dos antibióticos.

d) o aumento da homossexualidade, frequentemente associada à promiscuidade.

e) movimento de população; turismo; migração; publicidade com intenso apelo sexual crescente urbanização, etc.

f) dificuldade na investigação dos focos com ausência de notificação compulsória.

Segundo o Center for Disease Control nos E.U.A., em 1978 o total de casos de sífilis notificados (excluindo os casos militares conhecidos foi de 91.617).

No Brasil, os dados mais reais ficam a cargo da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, traduzindo os atendimentos da Equipe de Dermatologia Sanitária. No ano de 1979, houve 4.267 casos de sífilis contra 5.627 em 1980. Esses números provam que os índices estão aumentando.¹⁸

As estatísticas americanas informam que a relação pré-marital entre adolescentes aumentou, entre brancos, de 1967 para 1974 de 300% entre as mulheres e de 50% entre os homens . É importante salientar que o parceiro feminino, no relacionamento sexual não comprometido, passou a ser o transmissor de D.S.T. mais importante secundado pelos homossexuais masculinos, deslocando a prostituição para o 3º lugar.³

Tendo em vista que a mulher é o transmissor mais importante das D.S.T., procuramos realizar este trabalho com o objetivo de fazer uma análise dos parâmetros para diagnóstico , tratamento e cura da sífilis nas pacientes do Ambulatório de D.S.T. da Unidade Sanitária de Florianópolis.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho consiste numa análise retrospectiva sobre sífilis, realizada no Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis, no período compreendido entre 1º de janeiro de 1982 a 31 de agosto de 1983.

Os métodos usados para identificação da sífilis foram a pesquisa do *Treponema pallidum* a fresco em campo escuro e o V.D.R.L.

Pesquisa do *Treponema pallidum*. A pesquisa do *Treponema pallidum* a fresco em microscopia de campo escuro era realizada sempre que existia uma lesão suspeita de sífilis na região genital, perioral, perianal, úlceras, condilomas planos nas mucosas, ou pele. Para sua execução, era usado um microscópio dotado de condensador de campo escuro e analisado imediatamente após a colheita da amostra que era feita com uso de luvas para evitar uma infecção acidental.

A lesão era bem limpa com gaze e solução fisiológica. Secava-se bem com nova gaze estéril. Com uma gaze umedecida em éter ou álcool, se irritava a lesão sem causar sangramento.

①

to e, se não fluir-se a linfa, adicionava-se, logo após a fase de irritação, uma gota de solução salina. Os Treponemas tendem a migrar para o líquido. O exsudato era obtido da parte profunda da lesão, com uma pipeta Pasteur. Transferia-se o material para uma lâmina de vidro bem limpa e cobria-se com uma lamínula. Após observar-se em microscópio de campo escuro.⁹

Interpretação

- a) O diagnóstico positivo era feito com base no achado do Treponema pallidum no esfregaço obtido das lesões.
- b) Os resultados negativos poderiam ocorrer quando: o paciente tivesse recebido algum tratamento local ou geral; quando a lesão encontra-se em cicatrização; se a amostra examinada contivesse escassos Treponemas; se a lesão fosse de sífilis tardia; e se a lesão não fosse de sífilis.

O achado de treponemas em lesões suspeitas de sífilis segundo Lee,¹³ permite ao médico um diagnóstico absoluto de sífilis.

Reação do V.D.R.L. A reação do V.D.R.L. é uma reação de microfloculação, para o diagnóstico sorológico da sífilis.

A Sigla V.D.R.L. corresponde à abreviatura do Venereal Disease Research Laboratory, onde a reação foi elaborada.

A reação revela a presença da reagina luética, a qual, ao combinar-se com o antígeno, produz a aglutinação dos seus componentes.

O antígeno empregado é constituído de cardiolipina, lecitina e colesterol.

A reação é largamente usada na prática, dada a facilidade e rapidez de execução. Pode ser feita em lâminas ou em tubos. Será descrita apenas a técnica mais usada, executada em lâminas.

a) Colocou-se 0,4 ml de uma solução salina tamporada no fundo de um frasco de 30 ml.

b) Adicionou-se 0,5 ml do antígeno, que era constituído de uma solução alcoólica contendo 0,03% de cardiolipina e 0,9% de lecitina purificada, gota a gota, com relativa rapidez, diretamente sobre a solução salina tamponada imprimindo, ao mesmo tempo suaves movimentos circulares. A adição do antígeno não consumiu mais de 6 segundos. A extremidade da pipeta era mantida no terço superior do frasco e os movimentos circulares não eram muito fortes, a fim de evitar que a solução salina atingisse a ponta da pipeta.

Os movimentos circulares foram feitos à velocidade de cerca de 3 voltas por segundos, circunscrevendo o frasco um círculo de 5 cm. de diâmetro. Depois de expulsada a última gota do antígeno, contida na ponta da pipeta, continuou-se movimentos circulares de frasco, durante 10 segundos.

c) Juntou-se 4,1 ml da solução salina tamporada, fechou-se o frasco, e agitou-se vigorosamente durante 5 segundos.

d) A suspensão antigênica era assim preparada para o uso e podia ser usada durante 1 dia.

A quantidade preparada (5CC) era suficiente para executar cerca de 250 reações.

Soro do doente. Obteve-se do sangue colhido (5 ml) do doente , por punção venosa, feita com seringa esterelizada e seca, a fim de evitar hemólise. Depois, era coagulado o sangue, centrifugado para separar o soro. Inativou-se em banho-maria a 56°C , durante 30 minutos.

Técnica. 1. Colocou-se 0,05 ml de cada soro a examinar inativado, em cada escavação da placa.

2. Juntou-se uma gota (1/60) da suspensão antigênica em cada soro, e usou-se a seringa com a agulha de calibre 10 x 5, mantida em posição vertical.

3. Agitou-se a lâmina por movimentos circulares, manualmente ou mediante o uso de agitador rotativo automático, durante 4 minutos. Quando a agitação era feita manualmente, colocava-se a lâmina sobre a mesa e imprimia-se movimentos circulares, de 5 cm de diâmetro, a velocidade de 120 voltas por minutos, durante 4 minutos. Tais movimentos foram feitos com cuidado, para evitar que o conteúdo de uma escavação transborde para outra.

4. Acompanhou-se a reação com testemunhas de soro reativo, francamente reativo e não reativo.

5. Logo após a agitação da lâmina, fez-se a leitura dos resultados, ao microscópio, com aumento de 100 vezes (ocular 10 x, objetiva 10 x, abaixando-se o condensador)..

6. As partículas da suspensão antigênica apresentavam-se sob a forma de bastonetes curtos. A floculação dessas partículas, formando flóculos ou grumes de tamanhos variáveis constituiu-se índice dos diferentes graus de reatividade.

7. Expressou-se o resultado em cruces, segundo o grau de floculação e o tamanho dos grumos:

- a) Ausência de floculação - Reação não reativa (-).
- b) Presença de pequenos grumos - Reação fracamente reativa (+).
- c) Presença de grumos, grandes ou volumes - Reação reativa (2+ ou 3+).

Reação de V.D.R.L. Quantitativa no Soro. A reação do V. D. R. L. quantitativa foi feita em todos os soro que foram reativos ou fracamente reativos ou apresentaram reações atípicas, na reação qualitativa. Consistia em preparar diluições em série de soro a examinar, com solução fisiológica. Em seguida, executou-se a reação em cada diluição do soro.

É importante notar que alguns soros podiam apresentar fenômeno de zona, não sendo prevenido.

Técnica. 1. Preparou-se diluições do soro reativo em exame, inativado, a 1:1, 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, e 1:32, do seguinte modo:

2. Colocou-se em 5 tubos de Wassermann, 0,5 ml de solução fisiológica. No 1º tubo colocou-se 0,5 ml do soro (Homogenizar) e passou-se 0,5 ml para o 2º e assim por diante.

3. Distribui-se o soro diluído na lâmina escavada e adicionou-se uma gota da suspensão antigênica, sendo a seringa com a agulha, mantida em posição vertical.

4. Agitou-se a lâmina por movimentos circulares, manualmente ou com o uso do agitador rotativo automático, durante quatro minutos, como para a reação qualitativa.

5. A seguir, fez-se a leitura dos resultados, ao microscópio, com aumento de 100 x, como na reação qualitativa.

6. Se todas as diluições do soro dessem resultados reativos, cumpriu-se preparar diluições 1:64, 1:128 e 1:256.

Interpretação.

A reação do V.D.R.L. quantitativa foi considerada diagnóstica da sífilis, se fosse reativa na diluição 1:2 ou em diluição mais elevada.

Nos dados de sorologia positiva para sífilis apresentados não foram excluídas as chamadas reações falso-positivas.

A clínica da sífilis e de outras doenças sexualmente transmissíveis foi importante na orientação do diagnóstico, entretanto, o tratamento destas só foi iniciado após os resultados dos exames laboratoriais. Os dados referente à sífilis foram obtidos consultando as fichas clínicas do Ambulatório de D.S.T. da Unidade Sanitária de Florianópolis.

Foram consultadas 503 fichas clínicas das quais foram coletadas as seguintes variáveis:

- a) Idade;
- b) Estado Civil (solteira, casada, viúva ou desquitada;
- c) Ocupação (foram também incluídas as pacientes sem ocupação);
- d) Procedência (municípios, sendo que Florianópolis foi dividido em zona urbana e zona rural);
- e) Motivo da consulta (pacientes que apresentaram sorologia positiva no exame de saúde, sintomáticas referente à

sífilis ou a outra D.S.T., pacientes em tratamento e controle de prostitutas); Dentre as pacientes sintomáticas foram excluídas as pacientes em tratamento e o controle de prostitutas;

f) Clínica. (considerou-se os sintomas mais importantes referente à sífilis ou de outra DST concomitante);

g) Doença Sexualmente Transmissível Associada.

g.1. A Blenorragia foi diagnosticada por bacterioscopia com coloração pelo Método de Gram modificado, do exsudato cervical colhido com "swab" estéril após introdução de espéculo vaginal. Em seguida preparou-se esfregaço em lâmina com este material, fixou-se com calor, se fez coloração pelo método de Gram e se fez a leitura em microscópio usando-se ocular 10x e objetiva 100x (imersão).

Interpretação. Positivo quando houve o aparecimento de diplococos gram-negativos intracelulares e extracelulares.

Também foi realizada a cultura do material in vitro conseguida em meio de Thayer-Martin inibidor que o torna seletivo para Neisseria. A cultura realizou-se nos casos onde a bacterioscopia foi inconclusiva.

g.2. A Trichomoníase e Candidíase foram diagnosticadas por exame à fresco da secreção vaginal do fundo de saço posterior com visualização ao microscópio do Trichomonas vaginalis em lâmina com 1 gota de soro fisiológico e da Cândida albicans com 1 gota de NaOH.

g.3. O diagnóstico de Herpes simples foi feito clinicamente, pelas suas características morfológicas da lesão e sua evolução.

g.4. O condiloma acuminado foi diagnosticado clinicamente pela inspeção.

h) Exames Laboratoriais (V.D.R.L. e Pesquisa do Treponema em campo escuro) e seu comportamento após tratamento.

i) Follow-up. Foi considerado abandono do tratamento, às pacientes que não retornaram para controle da sorologia após iniciado o tratamento.

A cura foi considerada em todos aqueles casos com sorologia quantitativa positiva nas diluições de 1/2 e maiores e que quando repetida a sorologia após a medicação negati -
vou-se totalmente o título ou fixou-se este em determinada di -
luição mesmo sendo administrado o antibiótico em mais vezes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo etário de maior incidência de casos de sífilis foi de 15 à 29 anos, somando 68,80% no período compreendido entre janeiro de 1982 a agosto de 1983, sobressaindo-se a faixa etária de 20 a 24 anos com mais de 30% dos 503 casos analisados. O predomínio do grupo etário mencionado representa as mulheres com vida sexual mais ativa estando de acordo com os resultados encontrados na literatura.^{1,21} (Tabela I).

Quanto ao estado civil, 258 casos (51,29%) eram casadas e 235 casos (46,73%) eram solteiras observando-se uma discreta predominância das casadas sobre as solteiras. Pereira¹⁹ também encontrou uma maior frequência entre as casadas.

De acordo com as fichas clínicas do Ambulatório do D.S.T., verificou-se percentuais significativamente baixos de casos de sífilis entre as viúvas (1,19%) e as desquitadas (0,79%). (Tabela II).

Com relação à ocupação, a incidência foi de 154 (30,65%) pacientes sem ocupação, 101 (20,08%) do lar, e prostitutas 83 (16,52%).

Observa-se à partir destes dados que as pacientes sem ocupação e as ditas do lar constituíram a grande maioria (50,73%).

TABELA I

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS POR FAIXA ETÁRIA DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (D.S.T.) DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

FAIXA ETÁRIA	INCIDÊNCIA	
	Nº	%
≤ 14	3	0,60
15-19	93	18,49
20-24	155	30,83
25-29	98	19,48
30-34	64	12,72
35-39	40	7,95
40-44	25	4,97
45-49	10	1,98
50-54	8	1,59
55-59	4	0,79
≥ 60	3	0,60
TOTAL	503	100,00

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

TABELA II

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS, POR ESTADO CIVIL, DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE D.S.T. DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

ESTADO CIVIL	INCIDÊNCIA	
	Nº	%
Casada	258	51,29
Solteira	235	46,73
Desquitada	6	1,19
Viúva	4	0,79
TOTAL	503	100,00

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

Bacon¹ encontrou uma maior incidência nas pacientes sem ocupação e ditas do lar. (Tabela III).

A maioria das pacientes 284 (56,52) procedia de Florianópolis sendo que destas 267 (53,14%) procediam da Zona Urbana e 17 (3,38) procediam da Zona Rural. Cento e trinta e nove (27,63%) pacientes procediam do Município de São José e 41 (8,15%) procediam do Município de Palhoça. Verificou-se que o maior número de casos se registrou na zona Urbana onde segundo Puppín²⁰ a incidência é maior, devido ao baixo padrão de vida, e a promiscuidade ser maior nessa região. (Tabela IV).

Verificou-se que o maior número das pacientes que foram consultar no Ambulatório de D.S.T., 241 (47,91%), tiveram como motivo principal a positividade do Exame V.D.R.L., no Exame de Saúde. O Laboratório Central realiza sorologia solicitadas pela Unidade Sanitária, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina, dispensários médicos, educandários, penitenciárias, para obtenção de carteiras de saúde para fins de trabalho e ingresso nas universidades. Puppín²⁰ refere que a solicitação do exame sorológico (V.D.R.L.) para obtenção da carteira de saúde foi o fator primordial no descobrimento de vários casos de sífilis no Estado do Espírito Santo.

Centos e três pacientes (20,48%) procuraram o Serviço Ambulatorial por apresentarem sintomatologia referente à sífilis ou a outra doença sexualmente transmissível; 100 (19,88%) estavam em tratamento de sífilis e 59 (11,73%) eram prostitutas que realizavam controle periódico de Sorologia para Lues (Tabela V).

TABELA III

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS, POR OCUPAÇÃO DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE D.S.T. DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

OCUPAÇÃO	INCIDÊNCIA	
	Nº	%
Sem ocupação	154	30,65
Do Lar	101	20,08
Prostituta	83	16,52
Doméstica	45	8,94
Funcionária Pública	27	5,36
Balconista	23	4,57
Servente	20	3,97
Estudante	13	2,58
Comerciante	13	2,58
Garçonete	7	1,39
Cozinheira	7	1,39
Costureira	4	0,79
Professora	3	0,60
Recepcionista	2	0,39
Cabelereira	1	0,19
TOTAL	503	100,00

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

TABELA IV

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS, POR PROCEDÊNCIA, DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE D.S.T. DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

PROCEDÊNCIA	INCIDÊNCIA	
	Nº	%
Florianópolis - Zona Urbana	267	53,14
Florianópolis - Zona Rural	17	3,38
São José	139	27,63
Palhoça	41	8,15
Biguaçu	26	5,16
Santo Amaro da Imperatriz	6	1,19
Tubarão	2	0,40
Angelina	1	0,19
Antonio Carlos	1	0,19
Governador Celso Ramos	1	0,19
Laguna	1	0,19
Tijucas	1	0,19
TOTAL	503	100,00

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

TABELA V

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS, POR MOTIVO DA CONSULTA, DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE D.S.T. DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

MOTIVO DA CONSULTA	INCIDÊNCIA	
	Nº	%
Sorologia p/Lues positiva no Exame de Saúde	241	47,91
Sintomas e Sinais	103	20,48
Pacientes em Tratamento	100	19,88
Controle de Prostitutas	59	11,73
TOTAL	503	100,00

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

As manifestações clínicas mais frequentes foram: Leucorréia 42 (8,34%), Adenopatia inguinal 31 (6,16%), Prurido vaginal 29 (5,76%) e Prurido generalizado 19 (3,77%). Sabe-se que Leucorréia e Prurido vaginal não são manifestações clínicas habituais de sífilis e sim de Blenorragia, Candidíase, Trichomoníase e outras. De acordo com a Tabela V, das 103 pacientes que procuraram o serviço de D.S.T., 42 apresentaram leucorréia como sintoma principal. (Quadro I).

A adenopatia inguinal pode aparecer em média 10 dias após o surgimento da cancro, sendo de consistência endurecida, indolor e não inflamatória. Se a úlcera estiver na vagina ou no colo uterino, serão os linfonodos pélvicos os atingidos.

Verificou-se que adenopatia generalizada correspondeu a apenas um caso (0,19%) mas de acordo com Larrain¹² a adenopatia luética generalizada, apesar de representar uma percentagem pequena na consulta hematológica, a sua incidência tende a aumentar e o médico não tem presente este diagnóstico confundindo-a com um linfoma. Nayseen,¹⁷ relata a importância de lembrar de sífilis no diagnóstico diferencial de linfadenopatia generalizada e recomenda fazer nesses casos o teste sorológico para sífilis.

Dos 503 casos analisados, ocorreu a associação de Sífilis com outras doenças sexualmente transmissíveis (incluindo Candidíase), principalmente com Trichomoníase 27 (5,56%), Blenorragia 18 (3,97%) e candidíase 15 (2,98%).

Segundo Passos,¹⁸ aproximadamente 1-4% das gonorréias possuem a sífilis associada, e as doses de penicilina usualmente aplicadas na gonorréia são insuficientes para erradi

QUADRO I.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS, PELAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE D. S. T. DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	%	Nº DE CASOS
Leucorréia	8,34	42
Adenopatia inguinal	6,16	31
Prurido vaginal	5,76	29
Prurido generalizado	3,77	19
Manchas eritematosas	3,77	18
História de úlcera	3,37	17
Astenia	2,98	15
Cancro duro	2,80	14
Pústulas	1,40	7
Cefaléia	1,20	6
Disúria	1,20	6
Tontura	1,20	6
Verrugas vaginais	1,20	6
Dor abdominal	0,99	5
Artralgia	0,99	5
Alopécia	0,59	3
Nódulos subcutâneos	0,39	2
Adenopatia generalizada	0,19	1

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

car a sífilis. (Quadro II)

Os métodos diagnósticos para sífilis foram o V.D.R.L. e a Pesquisa do Treponema em campo escuro, auxiliado pela clínica, sendo considerado sífilis os casos com diluições 1:2 ou maiores. O V.D.R.L., por ser de fácil realização e baixo custo, é usado em inquéritos sorológicos visando estimar a prevalência de sífilis, muito embora não seja o exame de maior validade para o diagnóstico da doença.¹¹

Os testes sorológicos para detecção do Treponema pallidum estão divididos em duas categorias: não treponêmicas (prova de floculação e fixação de complemento) e treponêmicas (FTA-ABS), prova de anticorpo treponêmico - fluorescente e T.P.I. (imobilização do Treponema pallidum). Estes exames baseiam-se na detecção de anticorpos, predominantemente Ig M no início da doença e Ig G ou Ig A após duas semanas. Estas imunoglobulinas parecem ser o principal mediador da imunidade contra antígenos específicos anti-treponêmicos ou inespecíficos. A prova de T.P.I. é um método pouco usado por ser dispendioso e exigir pessoal treinado e recursos laboratoriais.^{7,10}

Apesar dos testes não treponêmicos (V.D.R.L. ; Wasserman; Kahn; Kline) serem úteis no diagnóstico de sífilis, eles podem algumas vezes mostrar reatividade na ausência da doença. Estas são consideradas reações biológicas falso-positivas. Resultados falso-positivos variam de 3% até 40% nos testes reativos.⁸ Aproximadamente 1/4 das reações falso-positivas são devidas a erros técnicos.²⁴

Os testes treponêmicos ou específicos (FTA - ABS) são usados:

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS, COM ASSOCIAÇÃO DE OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE D.S.T. DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	%	Nº DE CASOS
Trichomoníase	5,56	28
Blenorragia	3,97	20
Candidíase	2,98	15
Condiloma acuminado	1,59	8
Herpes simples	0,19	1

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

a) em situações suspeitas de reações falso-positivas de testes não treponêmicos.

b) em pacientes sem evidência clínica ou de história de sífilis e que ainda mostrem soro reativo quando testes não-treponêmicos são repetidos (como na sífilis latente).

c) quando estes testes se mostram não reativos e a sífilis é suspeitada como na sífilis tardia.¹³

Um V.D.R.L. positivo e um teste específico treponêmico, FTA-ABS negativo, sugere reação biológica falso-positiva. Repetindo posteriormente o teste V.D.R.L. e dando negativo sugere erro técnico ou uma reação biológica falso-positiva aguda como: Pneumonia Atípica, Vacinações, Malária e outras Infecções Bacterianas e Virais. Reações biológicas crônicas ocorrem com Lupus Eritematoso Sistêmico, Tireoidite e outros Distúrbios Autoimunes, Linfoma, Mal de Hansen, e também na velhice.¹³

Nos dados de sorologia para sífilis do presente trabalho, não foram excluídas estas reações falso-positivas referidas por Felman⁸ já que o exame FTA-ABS não é utilizado no Laboratório Central de Saúde Pública da Unidade Sanitária, por ser de alto custo, técnica difícil e levar de 6-8 horas para obtenção do resultado.

Segundo Lima¹⁴ as reações biológicas inespecíficas ou falso-positivas raramente são reativas em diluições superiores a 1/2.

Baseados na literatura¹⁴ consideramos:

a) a reação do V.D.R.L. quantitativa como diagnóstica da sífilis, uma reação positiva na diluição 1:16 ou em diluição mais elevada.

b) títulos iguais ou abaixo de 1:16 que após tratamento de 3 meses diminuiu duas diluições (razão 4).

c) presença do *Treponema pallidum* em campo escuro em lesões.

d) lesões ulcerosas que apresentavam campo escuro negativo, mas cuja sorologia negativou após tratamento.

Analisando o comportamento da sorologia após o tratamento verificou-se que a maior parte das pacientes abandonou o tratamento, 205 (56,54%). A diminuição do título do V.D.R.L. em duas ou mais diluições ocorreu em 92 casos (18,27%) e a negatificação em 73 casos (14,50%). Observou-se também a diminuição do título do V.D.R.L. em uma diluição (razão 2) em 25 casos (4,95%). O aumento de uma ou mais diluições ocorreu em 6 casos (1,18%) e nesses casos segundo Franchini,⁹ devem ser interpretados como reinfecção quando o aumento ocorrer pelo menos no prazo de 6 meses e deve-se realizar um novo tratamento.

Verificou-se também que em 22 casos (4,36%) as sorologias mantiveram-se inalteradas após o tratamento. Essas diluições correspondiam a títulos inferiores a 1:8. (Tabela VI).

Mesmo após tratamento adequado, um paciente que teve sífilis pode permanecer com sorologia reativa por muito tempo e as vezes durante toda a vida. A persistência da "Sorologia residual" ou também chamada "Cicatriz sorológica" não implica novo tratamento, porém deve ser mantida uma vigilância sorológica de pelo menos 6 meses durante os dois primeiros anos e pelo menos uma vez por ano após esse período. Os títulos das sorologias residuais habitualmente são baixos, em torno de 1:8 no máximo.⁶

TABELA VI

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS, DE ACORDO COM O COMPORTAMENTO DA SOROLOGIA APÓS TRATAMENTO, DOS CASOS ANALISADOS NO AMBULATÓRIO DE D.S.T. DA UNIDADE SANITÁRIA DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1982 A AGOSTO DE 1983.

COMPORTAMENTO DA SOROLOGIA	INCIDÊNCIA	
	Nº	%
Abandono do tratamento	285	56,54
Diminuição do título em 2 ou mais diluições	92	18,27
Negativação	73	14,50
Diminuição do título em 1 diluição	25	4,95
Inalteração da sorologia	22	4,36
Aumento de 1 ou mais diluições	6	1,18
TOTAL	503	100,00

FONTE: Serviço de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis.

O tratamento usado no Ambulatório de D.S.T. variou de 2.400.000 U.I. de Penicilina Benzatina a 9.600.000 U.I. por via I.M., sendo aplicado um frasco de 1.200.000 U.I. em intervalos de 5 a 7 dias em média para sífilis recente, excluído deste esquema a paciente com cancro duro, que neste caso era tratada com dose única 2.400.000 U.I. e o retorno para ambos era um mês após iniciado o tratamento.

Atualmente o tratamento recomendado pelo Center for Disease Control ¹⁶ é 2,4 milhões U.I. de Penicilina Benzatina para sífilis recente (dose única) e 7,2 milhões U.I. para sífilis com mais de 1 ano, sendo aplicado 2,4 milhões U.I., I.M. uma vez por semana durante 3 semanas consecutivas.

A variação de 2 frascos a 8 frascos que foi usada no Ambulatório de D.S.T., foi considerada desnecessária pois segundo Menendez, ¹⁵ não se observou diferenças no comportamento sorológico frente aos diferentes esquemas terapêuticos utilizados.

Baseados nos critérios para diagnóstico de sífilis, verificou-se que das pacientes que abandonaram o tratamento (285), 91 (18,9%) apresentavam sífilis.

Das 503 pacientes que foram diagnosticadas de sífilis, podemos observar que 256 (50,89%) provavelmente eram sífilis segundo os critérios já mencionados e 247 (49,11%) provavelmente não eram sífilis.

Em relação aos critérios de cura considerá-la quando houver negativação da sorologia após o tratamento ou o título permanecer estável apesar deste tratamento. ^{7,25}

Podemos considerar com estes critérios de cura, que das 503 pacientes diagnosticadas com sífilis, 73 (14,50%)

tiveram cura. Também podemos observar que 22 (4,36%) pacientes mantiveram inalteradas as sorologias em títulos baixos, mesmo após o tratamento sugerindo provavelmente sorologia residual ou reação biológica falso-positiva. Verificamos também que na grande maioria das pacientes (408 casos 81,11%) não foi possível considerá-las curadas por não preencherem os requisitos básicos para os critérios de cura.

CONCLUSÕES

- 1 - A incidência de sífilis no Ambulatório de D.S.T. da Unidade Sanitária de Florianópolis no período de janeiro de 1982 a agosto de 1983, foi maior no grupo etário dos 15 aos 29 anos (68,8%).
- 2 - A incidência de sífilis no Ambulatório de D.S.T. de acordo ao estado civil, mostrou um pequeno predomínio das pacientes casadas (51,29%) sobre as solteiras (46,73%).
- 3 - As pacientes sem ocupação e as ditas do lar, constituíram a grande maioria das pacientes diagnosticadas com sífilis no Ambulatório de D.S.T..
4. - A maioria das pacientes 284 (56,52%) procedia de Florianópolis, sendo que destas, 53,14% procediam da Zona Urbana.
- 5 - O principal motivo de consulta no Ambulatório de D.S.T. foi a positividade do Exame V.D.R.L. (47,91%) no Exame de Saúde.
- 6 - As manifestações clínicas mais freqüentes foram Leucorréia, (8,34%) Adenopatia inguinal (6,16%) e Prurido vaginal

(5,76%). Verificou-se que destas apenas a Adenopatia Linfo-nodular pertence habitualmente à clínica da sífilis.

7 - Na análise da associação de sífilis com outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, verificou-se que houve maior associação com Trichomoníase (5,56%) e a Blenorragia (3,97%).

8 - O Exame V.D.R.L. constituiu o método diagnóstico mais usado para sífilis no Ambulatório de D.S.T., no entanto não é reação específica para sífilis, devendo se ter em mente que podem ocorrer resultados sorológicos falso-positivos.

9 - Das 503 pacientes diagnosticadas de sífilis pelo Ambulatório de D.S.T., verificou-se que 256 (50,89%) provavelmente eram sífilis e 247 (49,11%) provavelmente não eram sífilis. Não foi possível a confirmação dos casos de sífilis em virtude de não ser realizado o Exame específico (FTA-ABS) no Laboratório Central do Departamento de Saúde Pública.

10 - O Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Unidade Sanitária de Florianópolis tem por objetivo fundamental cortar a cadeia de transmissão de D.S.T. (sífilis), tratando a maioria das pacientes com V.D.R.L. reativo com Penicilina Benzatina.

11 - As fichas clínicas do Ambulatório de D.S.T. estavam com os dados incompletos, dificultando a obtenção de informações necessárias ao estudo das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BACON, P.M. Social distribution of sexually transmitted diseases. A survey of female clinic registrations. Br. J. Vener Dis., 55: 295-299, 1979.
02. BECHELLI, L.M. & CURBAN G.V. Compendio de Dermatologia. 3ed. Atheneu, p. 261-262, 1967.
03. BELDA, Walter. Doenças sexualmente transmissíveis conceito. In: Encontro de Especialistas, 37^a: I Seminário sobre sexualidade humana, 26 a 30 de setembro de 1983. São Paulo, Centro de Reabilitação Humana, p. 16-17, 1983.
04. BIER, Otto. Bacteriologia e Imunologia, 17ed., p.451, 1976.
05. BLANCO, M.F. & MAZZINI, M.A. Clínica dermatológica sifilográfica. R.J., G.Koogan, 1948.
06. CHILE. Ministerio de la Salud. Normas para el control de las enfermedades de transmision sexual., p. 88, 1980.
07. COSTA, O.R. Sífilis . Curso de Dermatologia. Edição Suplementar J.B.M., p. 21, jun. 1982.

08. FELMAN, M.V., & NIKITAS, A.J. Syphilis serology today. Arch Dermatol, 116: 84-89, jan. 1980.
09. FRANCHINI, M. Procedimentos laboratoriais no controle das doenças sexualmente transmissíveis. Instituto de Saúde do D.F. Divisão de Biologia Médica, p. 35, 1983.
10. GILLES, R.G. & MONIF, M.D. Doenças infecciosas em obstetrícia e ginecologia. G.Koogan, 1978.
11. JAFFE, H.W. The laboratory diagnosis of syphilis an. int. med, 83 : 846-50, 1975.
12. LARRAÍN, C. & GRULOFF, A. Ademitis de la sífilis secundaria. Rev. Med. Chile, 110:560-563, 1982
13. LEE, J. & SPARLING, F. Syphilis: an algorithm. Jama, 242: 1187, 1979
14. LIMA, O.A. Métodos de laboratório aplicados à clínica 5ed.
15. MENENDEZ, G. & ENCALADA, F. & BELLI, L. Comportamiento de la serología en la sífilis tratada com diferentes esquemas de penicilina benzatínica. Arch. Argent. Dermat, 29: 223-230, 1979.
16. MORBITY and Amortality Weekly Report, suplement, Department of Health and Human Services, Atlanta, Georgia, 31, aug. 1982.

17. NAYSEEM, S.A. Syphilitic Lymphadenopathy. JAMA, 239:495 , 1978.
18. PASSOS, M.R. & BRANO R. Sífilis. Femina, 11,1,38-47,1983.
19. PEREIRA, M. Inquérito sorológico de sífilis em adultos. Platina D.F. Brasília 1977. Rev. Saud. Pub. de S.P., 14: 358, 1980.
20. PUPPIN, Douglas. Doenças venéreas, estudo clínico, diagnóstico e tratamento. Faculdade de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, s/d. 25p.
21. SEXUALLY transmitted diseases. Br. J. Vener Dis, 57:402-5, 1981. Apend. Extract from the Annual Report of the Chief Medical Officer of the Department of Health and Social Security of 1979. Brit.J.Vener. Dis., 57:402-5, 1981.
22. SILVEIRA, A.R. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, portaria nº 22, jul.de 1978, Boletim de la Union, Dez., 1978.
23. STERNICK, M. Doenças Venéreas, ed. suplementar do J.B.M. , p.18-19, maio 1981.
24. SYPHILIS: a synopsis publication. Government Printing office V.S., Department of Health Education and Welfare, Public Health Service, 1968.

25. VALLERY-RADOT & HAMBURGER J., & LHERMITTE F., Dermatologia (Sifilis). Patologia Médica. ed. Epaxs, p. 157, 1973.
26. WAUGH, M.A. Role played by Italy in the history of Syphilis. Br. J. Vener Dis., 58:92-95, 1982.

**TCC
UFSC
TO
0263**

N.Cham. TCC UFSC TO 0263

Autor: Flores, Roberto Hu

Título: Análise de 503 casos de paciente



972811511 Ac. 254395

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM